



Wydział Lekarsko-Stomatologiczny

KARTA PRAKTYK STUDENCKICH – IV ROK
lekarsko-dentystyczna w gabinecie stomatologicznym
Rok akademicki **2021/2022**

Imię i nazwisko studenta

Rok studiów Nr albumu

Adres stałego zamieszkania

1/ Termin odbywania praktyki: od do

Liczba dni roboczych: Liczba godzin.....

2/ Miejsce praktyki / adres i telefon/:

3/ Imię i nazwisko:

kierownika jednostki

opiekuna praktyk

4/ Realizacja efektów kształcenia

| Zakres czynności | Efekt kształcenia <i>(Rozp. MNiSW z dn. 9 stycznia 2018 z póź. zm.)</i> | Daty wykonania | Potwierdzenie wykonania przez opiekuna (podpis i pieczęć) |
|---|---|---------------------------|---|
| 1/ w zakresie stomatologii zachowawczej, dziecięcej i periodontologii | | | |
| Przeprowadzanie podstawowych czynności diagnostycznych (badanie pacjenta i planowanie leczenia stomatologicznego (1 i 2 A), interpretacja badań radiologicznych i dodatkowych (12/A). | F.U1, F.U2, F.U6, F.U7 | | |
| Usuwanie złogów nazębnych (14/A) | F.U8, F.U20 | | |
| Wykonywanie zabiegów z zakresu zapobiegania chorobie próchnicowej (zalecenia dietetyczne, motywacja, -lakowanie, profesjonalna profilaktyka fluorkowa - (14/A, 10/A, 15/A, 19 /A) | F.U8 | | |
| Opracowanie i wypełnianie ubytków próchnicowych z zastosowaniem różnego rodzaju materiałów do wypełnień ostatecznych i czasowych (8/A,15/A) | F.U9 | | |
| Czynna asysta przy zabiegach z zakresu endodoncji, wykonywanie wybranych zabiegów endodontycznych (ekstirpcja miazgi, opracowanie i wypełnienie kanału korzeniowego) (6/A,16/A) | G.W16 | | |

5/ Potwierdzenie odbycia liczby godzin praktyk i wykonanych czynności oraz opinia o pracy studenta i przebiegu praktyki

.....
.....

(pieczęć jednostki organizującej praktykę/praktyki)

(podpis i pieczęć kierownika jednostki)

Uwagi studenta o przebiegu praktyki:

.....
.....

1/ Termin praktyki: od: do:.....

Liczba dni roboczych: Liczba godzin:

2/ Miejsce praktyki / adres i telefon/:

3/ Imię i nazwisko

kierownika jednostki

opiekuna praktyk

4/ Realizacja efektów kształcenia

| Zakres czynności | Efekt kształcenia <i>(Rozp. MNiSW z 9 stycznia 2018z póź. zm.)</i> | Daty wykonania | Potwierdzenie wykonania przez opiekuna (podpis i pieczętka) |
|---|--|---------------------------|---|
| 2/ w zakresie chirurgii stomatologicznej³ | | | |
| wykonywanie miejscowych znieczuleń (31/A) | F.U19. | | |
| wykonywanie nieskomplikowanych ekstrakcji zęba (35/A) | F.U10. | | |
| asystowanie do małych zabiegów chirurgicznych (37/A, 41/A) | F.U10. | | |

5/ Potwierdzenie odbycia liczby godzin praktyk i wykonanych czynności oraz opinia o pracy studenta i przebiegu praktyki

.....
.....

.....
(pieczętka jednostki organizującej praktykę/praktyki)

.....
(podpis i pieczęć kierownika jednostki)

Uwagi studenta o przebiegu praktyki:

.....
.....

1/ Termin praktyki: od: do:.....
Liczba dni roboczych: Liczba godzin:

2/ Miejsce praktyki / adres i telefon/:

3/ Imię i nazwisko
kierownika jednostki

opiekuna praktyk

4/ Realizacja efektów kształcenia

| Zakres czynności | Efekt kształcenia <i>(Rozp. MNiSW z dn. 9 stycznia 2018 z póź. zm.)</i> | Daty wykonania | Potwierdzenie wykonania przez opiekuna (podpis i pieczęć) |
|---|---|-----------------------|---|
| 3/ w zakresie protetyki stomatologicznej | | | |
| planowanie leczenia protetycznego w prostych przypadkach klinicznych (57/A) | F.U25 | | |
| ustalenie zwarcia i kontrola próbnych protez | F.U25 | | |
| przeprowadzenie korekt i napraw ruchomych protez zębowych (62/A) | F.U25 | | |

5/ Potwierdzenie odbycia liczby godzin praktyk i wykonanych czynności oraz opinia o pracy studenta i przebiegu praktyki

.....
.....

.....
(pieczęćka jednostki organizującej praktykę/praktyki)

.....
(podpis i pieczęć kierownika jednostki)

Uwagi studenta o przebiegu praktyki:

.....
.....
.....

1/ Termin praktyki: od: do:.....
Liczba dni roboczych: Liczba godzin:

2/ Miejsce praktyki / adres i telefon:

3/ Imię i nazwisko
kierownika jednostki

opiekuna praktyk

4/ Realizacja efektów kształcenia

| Zakres czynności | Efekt kształcenia <i>(Rozp. MNiSW z dn. 9 stycznia 2018 z póź. zm.)</i> | Daty wykonania | Potwierdzenie wykonania przez opiekuna (podpis i pieczęć) |
|--|---|-----------------------|---|
| 4/ w zakresie dokumentacji medycznej i sprawozdawczości | | | |
| poznanie wszystkich formularzy dokumentacji medycznej (karta choroby, książka przyjęć, dziennik pracy i zabiegów) i sanitarnej, poznanie sposobu prowadzenia sprawozdawczości (77/A) | F.U13, G.W17 | | |

5/ Potwierdzenie odbycia liczby godzin praktyk i wykonanych czynności oraz opinia o pracy studenta i przebiegu praktyki

.....
.....

.....
(pieczęćka jednostki organizującej praktykę/praktyki)

.....
(podpis i pieczęć kierownika jednostki)

Uwagi studenta o przebiegu praktyki:

.....
.....
.....

1/ Termin praktyki: od: do:.....
Liczba dni roboczych: Liczba godzin:

2/ Miejsce praktyki / adres i telefon/:

3/ Imię i nazwisko
kierownika jednostki

opiekuna praktyk

4/ Realizacja efektów kształcenia

| Zakres czynności | Efekt kształcenia <i>(Rozp. MNiSW z dn. 9 stycznia 2018 z póź. zm.)</i> | Daty wykonania | Potwierdzenie wykonania przez opiekuna (podpis i pieczęć) |
|---|---|---------------------------|--|
| 5/ w zakresie organizacji i administracji | | | |
| poznanie zasad organizacji pracy w miejscu odbywania praktyki, zaznajomienie się z rejestracją pacjentów i systemem ewidencji, poznanie sposobów zaopatrywania oraz prowadzenia magazynu (70/A) | G.W7,. G.W9 | | |

5/ Potwierdzenie odbycia liczby godzin praktyk i wykonanych czynności oraz opinia o pracy studenta i przebiegu praktyki

.....
.....

.....
(pieczęćka jednostki organizującej praktykę/praktyki)

.....
(podpis i pieczęć kierownika jednostki)

Uwagi studenta o przebiegu praktyki:

.....
.....

.....
Podpis studenta

Zaliczam praktykę po IV roku studiów, w roku akademickim 2021/2022

.....
Podpis Dziekana